

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 97.

DE LA
TUBERCULOSE PRIMITIVE
DES OVAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Janvier 1899.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri MUNARET

Né le 6 Septembre 1875, à Toulon-sur-Mer (Var).

Élève de l'Ecole du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 97.

DE LA
TUBERCULOSE PRIMITIVE
DES OVAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Janvier 1899.

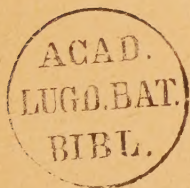
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri MUNARET

Né le 6 Septembre 1875, à Toulon-sur-Mer (Var).

Élève de l'Ecole du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Janvier 1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen.
LACASSAGNE Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLÉTON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	BARD.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx. LANNOS, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (A.)-
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BERARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président* ; M. GANGOLPHE, *Assesseur* ;

MM. VALLAS et NOVÉ-JOSSERAND, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'éternelle reconnaissance

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR PONCET

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Membre correspondant de l'Académie de Médecine,

Arrivé au terme de nos études médicales, c'est pour nous un devoir bien doux de nous acquitter de nos dettes de reconnaissance.

M. le professeur Poncet nous a donné le sujet de notre thèse. Aujourd'hui, il nous fait le très grand honneur d'en accepter la présidence; nous lui adressons nos plus sincères remerciements.

Que tous ceux de nos maîtres, civils et militaires, qui nous ont témoigné de l'intérêt veuillent bien recevoir ici l'expression de nos hommages respectueux.

M. le professeur Lortet, doyen de la Faculté de médecine, s'est montré pour nous d'une très grande bienveillance dans des circonstances difficiles; nous l'en remercions vivement.

Merci enfin à nos camarades de promotion et, en particulier, à nos amis pour leur témoignage de sympathie dans nos jours d'infortune.

H. M.

INTRODUCTION

Les annexes de la femme, au même titre que les autres organes de l'économie, peuvent être le siège d'un développement de granulations grises, de masses caséeuses et d'abcès de nature tuberculeuse. Cette notion remonte à Louis, qui, le premier, en 1825, a observé deux cas de tuberculose de l'utérus et de ses annexes. Beaucoup de médecins et de chirurgiens ont publié dans la suite des observations plus ou moins précises ou complètes sur des cas analogues.

La thèse de Brouardel a fait avancer la question d'un grand pas. Cet auteur montra que la tuberculose pouvait envahir primitivement les annexes ; malheureusement ses constatations ne pouvaient s'appuyer à cette époque sur un examen histologique sérieux.

Plus tard, les travaux de Lépine, de Vermeil confirmèrent les idées émises par Brouardel, mais ce n'est guère qu'à partir de 1885 que la vérification anatomique de la spécificité des lésions put être donnée d'une façon rigoureuse par Dalché, Kötschau, Doyen, Gombault, Chandelux, E. Walther, Griffith, Jacobs, etc.

Les thèses de Daurios, de de Massia, de Joly (1898),

toutes récentes, ont achevé de donner un dernier jour à la question de la tuberculose primitive des annexes de la femme.

La lecture de ces différents travaux, le dépouillement et la critique de toutes les observations suivies d'autopsie, aujourd'hui assez nombreuses, nous permettent de conclure que beaucoup d'annexites sont secondaires, survenant au cours d'une tuberculose extra-génitale (phtisie pulmonaire, péritonite tuberculeuse, etc.). D'après Cornil, la tuberculose génitale secondaire de la femme ne serait pas extrêmement fréquente, car on ne la trouve guère qu'une fois sur cinquante autopsies de femmes phtisiques.

Bien des fois aussi les annexes sont le siège primitif de l'infection tuberculeuse : dans ce cas particulier, tous les auteurs considèrent les lésions des trompes comme étant les plus constantes et les moins discutables ; c'est donc ce point des voies génitales qui est envahi en première date par la tuberculose, comme on le voit également en général au cours des autres infections. Les ovaires se prennent, eux aussi, dans la suite, par propagation de voisinage¹, si bien qu'à un moment donné, on a affaire à une salpingo-ovarite tuberculeuse, ou annexite totale d'origine salpingienne.

Il nous a semblé intéressant de rechercher si, dans certaines conditions spéciales, la salpingo-ovarite tuberculeuse ne pourrait pas débiter par l'ovaire où se localiserait primitivement le bacille de Koch ; autrement dit, existe-t-il une variété primitive de tuberculose des ovaires?

¹ D'après les statistiques d'Orthmann de 1897, la tuberculose secondaire des ovaires est apparue à la suite d'une tuberculose des trompes 26 fois sur 48 cas.

DE LA
TUBERCULOSE PRIMITIVE
DES OVAIRES

CHAPITRE PREMIER

**EXISTE-T-IL DES SALPINGO-OVARITES
TUBERCULEUSES PRIMITIVES A DÉBUT OVARIEN ?**

Les chiffres que nous avons donnés plus haut à propos de la fréquence de l'ovarite dans les annexites tuberculeuses nous montrent que l'ovaire peut rester très souvent indemne de toute localisation du bacille de Koch. Il en est donc pour la tuberculose comme pour les autres infections : l'ovaire jouit d'une immunité relative par rapport à l'inflammation qui envahit la plupart du temps les trompes et la muqueuse utérine.

Si nous cherchons les causes de cette immunité, nous les trouvons facilement dans ce fait que le contagement a lieu le plus ordinairement de l'extérieur vers l'intérieur ; les ovaires étant le plus profondément situés, il est tout naturel qu'ils soient moins exposés que les divers organes qui le précèdent dans la voie de la contagion habituelle. Et cela d'autant plus que les ovaires n'ont avec les trompes que des rapports de contiguïté et non de continuité de

muqueuse à muqueuse. Cornil, enfin, voit dans la structure toute spéciale de l'ovaire qui est formé aux dépens de l'épithélium germinatif des raisons suffisantes pour le rendre réfractaire à la tuberculose.

Et cependant nous ne voyons pas, dans ces considérations, de raisons assez sérieuses pour nous faire exclure d'emblée l'idée d'une ovarite primitive d'origine tuberculeuse. Le bacille de Koch, en effet, peut se propager de diverses façons ; que son mode de propagation dans le cas particulier se fasse habituellement par les voies génitales externes, nous le reconnaissons sans peine ; mais *a priori* nous sommes forcé d'admettre également le point de départ de l'infection tuberculeuse, dans la voie sanguine ou lymphatique, par analogie avec les localisations si multiples qui s'établissent par ce mécanisme dans les autres organes.

Pour résoudre la question, c'était évidemment aux constatations anatomo-pathologiques qu'il fallait nous adresser tout d'abord, mais la difficulté n'en est pas moins réelle. Il serait téméraire de croire que l'on peut, à première vue, diagnostiquer une lésion tuberculeuse de l'ovaire, tout à fait à son début : ce cas particulier ne pourrait guère se rencontrer que dans des trouvailles d'autopsie. La plupart du temps on tombe sur des ovaires complètement ramollis et caséifiés, avec des traces plus ou moins étendues d'inflammation ou même de suppuration autour du foyer caséeux, si bien qu'il est très difficile, sinon impossible, non seulement de dire que c'est par l'ovaire qu'ont débuté les lésions, mais encore d'affirmer la nature tuberculeuse de ces lésions.

Il est encore des difficultés contre lesquelles il est bon

de se mettre en garde : on voit souvent saillant à la surface de l'ovaire de petits corps fibreux purement physiologiques qui pourraient en imposer pour des nodules tuberculeux. Les corps jaunes eux-mêmes, en voie d'évolution, pourraient être pris pour des masses caséeuses et, somme toute, il ne suffit pas qu'il y ait abcès au sein de l'ovaire pour que nous admettions immédiatement sa nature tuberculeuse.

Nous verrons au chapitre de l'anatomie pathologique que la périovarite est une lésion presque constante qui accompagne les lésions de l'ovaire, mais il ne s'ensuit pas nécessairement que des altérations tuberculeuses péritonéales entraînent forcément des lésions dans la trame de l'ovaire : on peut voir des lésions de pelvi-péritonite englober toute la périphérie d'un ovaire et celui-ci rester indemne.

L'examen macroscopique est donc à lui seul incapable de nous fournir des renseignements précis et indéniables sur la nature tuberculeuse des altérations de l'ovaire. Dans tous les cas où l'on pourra soupçonner l'origine bacillaire des lésions, il faudra recourir à un examen microscopique aussi complet que possible. Pour être rigoureux, il devra porter non seulement sur la constatation des lésions spécifiques de la tuberculose et de son bacille, mais encore il devra être histologique, c'est-à-dire reposer sur la constatation anatomique des divers éléments de chaque organe. La présence des artères hélicines et des vésicules de Graaf suffit généralement à reconnaître le tissu ovarien. La confusion des annexes adhérentes entre elles au point de former des masses méconnaissables, justifie à elle seule cette unique façon de procéder.

Nous avons consulté une longue bibliographie avant de pouvoir trouver des observations de tuberculose primitive des ovaires qui répondent à tous ces desiderata. Nous n'en avons rencontré que trois qui nous paraissent décisives : sur deux d'entre elles, l'autopsie complète a été faite ; pour la troisième, l'examen des divers organes autres que l'ovaire et, durant la vie de la malade, a été négatif au point de vue de la tuberculose.

Nous relaterons immédiatement ces trois observations telles que nous les avons trouvées dans leurs auteurs, nous réservant d'en faire la critique dans la suite. Dans des chapitres spéciaux, nous établirons l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de la tuberculose primitive des ovaires.

OBSERVATION I

(Edmond Walther, *Trans. Path. Soc. London*,
1888-1889, t. XI, p. 210, 212).

Tuberculose primitive de l'ovaire droit.
Laparotomie. Mort.

Femme mariée, trente-quatre ans, n'ayant jamais été enceinte. Six mois avant son admission, douleurs violentes dans le bas-ventre suivies de l'ouverture d'un abcès dans le vagin. A son entrée, elle porte un abcès profond dans la région inguinale droite : il est ouvert et communique avec celui du vagin. Au bout d'un mois, laparotomie : on enlève les deux trompes et les deux ovaires. L'utérus présente de nombreux fibromyomes dont les

plus volumineux égalent un œuf. Deux de ces tumeurs avaient une coloration jaune pâle, mais le microscope a montré qu'il s'agissait de dégénérescence et non de tuberculose.

La malade mourut quatre jours après l'opération.

Les deux trompes étaient distendues. L'ovaire droit était creusé d'une cavité grosse comme une noix mais vide ; l'examen histologique montra, sans aucune espèce de doute, de la tuberculose miliaire.

Dégénérescence kystique de l'ovaire gauche. Pas de tuberculose dans d'autres organes.

OBSERVATION II

(Dalché, *De l'ovarite*, thèse de Paris, 1885.)

Ovarite tuberculeuse primitive.

La nommée B... Anaïs, âgée de dix-neuf ans, entra le 23 août 1884, salle Sainte-Marie, n° 41, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Gallard.

Cette jeune fille a été réglée pour la première fois à l'âge de onze ans ; depuis, les règles ont toujours été peu abondantes, irrégulières, avec des suspensions de deux à trois mois, et précédées sept à huit jours avant leur apparition de douleurs vives.

A l'âge de quatorze ans, elle a une pleurésie gauche, dont elle s'est difficilement rétablie.

Au mois de juin 1884, elle a pour la première fois des rapports sexuels. Le 28 juillet, elle attend ses règles qui ne viennent pas, et se croit enceinte.

15 août. — A la suite d'un pénible voyage, la malade ressent de violentes douleurs abdominales, et, le 20, ses règles font encore défaut. Le 23, elle entre à l'Hôtel-Dieu et l'on constate alors au toucher, de l'empâtement tout autour de l'utérus, avec prédominance dans les ligaments. Le ventre est un peu tendu, ballonné. Rien à l'auscultation des poumons. Souffle anémique dans les vaisseaux du cou.

Traitement. — Ventouses scarifiées, onctions mercurielles belladonnées. Cataplasmes.

15 septembre. — Phlegmatia de la jambe droite.

28 septembre. — Phlegmatia de la jambe gauche.

2 octobre. — L'œdème remonte jusqu'au niveau de la crête iliaque. Le ventre est toujours ballonné et douloureux.

Traitement. — Toniques et vésicatoires.

9 octobre. — Toucher. Le col utérus est attiré à gauche, et son orifice est dans l'axe du vagin.

A droite, quand on remonte haut, on trouve une tuméfaction mal limitée, se prolongeant vers le rebord de la fosse iliaque, tuméfaction résistante extrêmement douloureuse à la pression.

A gauche, le ligament est plus souple. Le cul-de-sac postérieure est libre, le cul-de-sac antérieur est très étroit.

A la percussion de l'abdomen, on perçoit de l'obscurité du son dans la région ovarique gauche.

25 octobre. — Le ventre est affaissé, le phlegmatia a complètement disparu, mais la pression dans la fosse iliaque gauche est toujours douloureuse et on y sent une plaque d'induration.

25 novembre. — On trouve maintenant de la résistance dans le haut du ligament large gauche.

12 décembre. — Tumeur dure presque ligneuse dans chacun des culs-de-sac latéraux.

10 janvier 1885. — La malade a dans la journée huit attaques épileptiformes, attaques des mieux caractérisées : l'aura part de la jambe droite. Depuis quelque temps déjà elle se plaignait de grand mal de tête, et d'une diarrhée fétide.

14 janvier. — Nouvelle attaque épileptiforme.

17 février. — Depuis quatre jours, la céphalalgie a augmenté, et des vomissements sont survenus. La malade se plaint d'avoir des brouillards devant les yeux, de la diplopie par instants et des bourdonnements d'oreille. Le pouls est petit, un peu lent ; pas d'élévation de température, pas d'irrégularité des mouvements respiratoires.

24 février. — Céphalalgie intense, cris nocturnes, ptose de la paupière supérieure gauche et déviation de la face du même côté.

Le pouls est fréquent et la température assez élevée.

26 février. — Coma. Strabisme intermittent de l'œil gauche.

27 février. — Mort.

Autopsie, Cerveau, Hémisphère droit. — A la partie postérieure de la scissure de Sylvius, à peu près au niveau du pli courbe, existe dans les méninges un léger épanchement de sang.

Autour de la scissure de Rolando, le long des vaisseaux se voient quelques tubercules disséminés, qui n'ont pas provoqué de vive réaction inflammatoire. C'est au niveau du lobule paracentral que l'on constate de nombreux tubercules agglomérés par petits groupes.

Hémisphère gauche. — Moins de lésions. On ne trouve de tubercules que sur la face inter-hémisphérique.

Rien dans les ventricules. — Le pédoncule gauche présente à la coupe de petits foyers hémorragiques, qui se continuent avec une bouillie hémorragique, siégeant au niveau du *vermis superior* du cervelet.

Poumons. — Pas de tubercules. Emphysème du sommet gauche.

Petit bassin. — L'S iliaque est plusieurs fois infléchie, de telle sorte qu'elle passe horizontalement en arrière du col de l'utérus, et sépare les organes génitaux du rectum.

L'utérus est normal. En avant, il est intimement uni à la vessie et, en arrière, il a contracté des adhérences fibrineuses et assez longues avec l'S iliaque.

La trompe gauche, augmentée de volume, flexueuse, longue de 11 centimètres est adhérente aussi à l'S iliaque. Elle arrive sur un ovaire gros, de forme sphérique, ayant 3 centimètres de haut sur 3 centimètres de large. Cet ovaire est adhérent d'une part à l'utérus, le long duquel il est tombé, de telle sorte qu'il descend jusqu'au niveau du col; d'autre part à l'S iliaque.

La trompe gauche, augmentée de volume, flexueuse, longue de 11 centimètres est adhérente aussi à l'S iliaque. En cet endroit, on remarque dans l'intestin un orifice qui communique avec une cavité purulente creusée dans l'intérieur de l'ovaire.

La trompe droite, pareillement augmentée de volume et flexueuse, arrive sur un ovaire suppuré ayant 4 centimètres dans tous les sens, adhérent à l'S iliaque, mais ne communiquant pas avec lui. Les deux cavités purulentes

sont très vastes; la coque qui les environne n'a pas une épaisseur d'un demi-centimètre. De plus, sur les parois de l'ovaire gauche se trouvent deux petits noyaux en voie de ramollissement.

Les trompes ont leur lumière pleine de matière puriforme, et la trompe droite nous présente en outre cinq ou six points abcédés.

L'examen histologique démontre que cette ovarite est d'origine tuberculeuse. Au voisinage de l'abcès se voient des lésions types de tuberculose, cellules géantes, entourées de cellules épithélioïdes et de cellules embryonnaires, agglomération de cellules embryonnaires, dont le centre dégénéré a été enlevé, ce qui se traduit sur la coupe par un vide.

Mais ces lésions, loin d'être localisées autour de l'abcès, existent dans toute la paroi. Elles sont remarquables au niveau de la couche ovigène : on y trouve, en effet, tantôt des points de tuberculose infiltrée se confondant insensiblement avec le reste du tissu, tantôt un petit tubercule avec plusieurs cellules géantes, entouré d'une zone fibreuse. Les deux noyaux que nous avons remarqués dans l'examen macroscopique ne sont que deux gros tubercules massifs.

Les lésions inflammatoires sont minimales et d'une importance tout à fait secondaire. Cependant, en certains endroits, les vaisseaux sont dilatés et pleins de globules.

Rien n'autorise à penser que les ovisacs ont été le point de départ de l'affection. Tout ceux que nous avons vus, et ils sont en assez grand nombre, ne présentent pas d'altération assez appréciable. D'autre part, aucun des foyers

tuberculeux ne paraît s'être développé dans une cavité dont il reste des traces.

OBSERVATION III

(Jacobs, *Centralb. f. Gynäk.*, p. 75, 1893).

Tuberculose primitive et unilatérale des annexes de l'utérus.

Femme de vingt-quatre ans qui, en janvier 1892, eut à la suite d'une couche grave une paramétrite purulente gauche. Le pus se fit jour par la paroi abdominale au-dessus du ligament de Fallope et il persista une fistule après la disparition des phénomènes aigus.

Au bout de peu de temps, la malade redevint enceinte et présenta au troisième mois les mêmes phénomènes de paramétrite qu'auparavant. L'exploration montra à ce moment un utérus augmenté de volume : les culs-de-sac vaginaux sont libres, sauf le gauche qui est induré. Une sonde introduite dans la fistule se dirige en bas et un peu en arrière et peut, à l'aide d'une forte pression exercée dans le cul-de-sac vaginal gauche, être perçue vaguement.

Au septième mois de la grossesse, il s'écoula par la fistule une grande quantité de pus mêlé de matières fécales : la malade se mit à maigrir d'une façon progressive : faiblesse générale, facies terreux. Elle avorta ; dix-sept jours après, on constata que la fistule à orifice granuleux laissait toujours écouler du pus et des matières fécales, l'utérus volumineux est en voie de régression et indolent, le cul-de-sac vaginal droit est libre, le gauche

rempli par une tumeur dure, douloureuse, adhérente, qui s'étend jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure : une sonde introduite dans la fistule ne peut être sentie à travers le vagin. Le diagnostic de la nature de la tumeur ne peut être fait.

Laparotomie sur la ligne médiane. Après ouverture de la cavité abdominale, il fut impossible d'arriver sur la tumeur, tant étaient fortes ses adhérences avec l'épiploon et l'intestin. Une deuxième incision latérale, ayant en son milieu la fistule, est faite à la paroi abdominale. Alors se présente une tumeur oblongue, globuleuse à surface bosselée et adhérente par toute sa périphérie. La rupture de l'une de ces adhérences est suivie de l'écoulement d'une grande quantité de pus. Une fois la tumeur libérée, elle est amenée à l'extérieur, et l'on constate que sa partie inférieure est adhérente au pavillon de la trompe épaissie : on a donc affaire à une pyo-ovaro-salpingite.

Après application de ligatures, la tumeur fut enlevée : la fistule fut incisée et cautérisée, toute la cavité bourrée à la gaze iodoformée et la paroi abdominale refermée. Il est à noter que les parois de la cavité qui contenaient la tumeur étaient formées par la masse intestinale, et qu'une sonde introduite dans la fistule se perdit dans l'S iliaque. De l'eau introduite dans le rectum s'écoule par la fistule.

Par la première incision on peut constater que les annexes du côté droit n'étaient point malades.

Les suites opératoires furent bonnes ; la cavité se combla rapidement, et il ne reste plus aujourd'hui qu'une petite fistule par laquelle s'écoulent de temps en temps des matières fécales.

La tumeur, grosse comme une pomme, est irrégulière et bosselée. A la coupe on remarque plusieurs cavités de différentes grandeurs qui sont remplies de pus.

Le tissu de l'ovaire est parsemé de petits foyers tuberculeux ramollis.

Dans le pus, l'examen bactériologique montre un nombre relativement grand de bacilles de la tuberculose. L'examen microscopique de la tumeur montre sa nature tuberculeuse. La trompe n'a que de la *salpingite interstitielle*.

L'examen des poumons avant l'opération n'a montré aucun point de tuberculose. Les parents de la malade, ses frères et sœurs, son mari sont tous bien portants. Pour toutes ces raisons, il faut conclure qu'il s'agit d'une tuberculose primitive de l'ovaire.

L'opérée ne se rétablit pas ; elle maigrit de jour en jour et maintenant on trouve dans ses poumons des symptômes de tuberculose.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE PATHOGÉNIE

1. Anatomie pathologique.

Nous ne croyons pas que les lésions tuberculeuses primitives soient distinctes des lésions secondaires de l'ovaire. Dans nos trois observations, nous avons affaire à de la *tuberculose en foyers*, ayant provoqué la formation d'abcès caséeux.

En général, les ovaires sont littéralement cachés par les trompes auxquelles ils sont soudés par de solides adhérences. Leur masse a le plus souvent basculé dans le cul-de-sac de Douglas. Les adhérences sont développées aux dépens et par l'intermédiaire du péritoine toujours épaissi ou altéré par des lésions tuberculeuses, et peuvent s'étendre à la vessie, à l'utérus et à l'intestin.

Le volume de l'ovaire est généralement augmenté, pouvant atteindre le volume d'une noix, d'un œuf de poule ou d'une grosse orange. Sa forme est modifiée ; il est bombé, de coloration jaunâtre, avec quelques points hémorragiques ou quelques foyers caséeux. A la coupe, le péritoine épaissi forme une coque à la glande.

Vermeil décrit deux formes de granulations tuberculeuses ovariennes, que l'on peut rencontrer primitivement.

Dans la première, le parenchyme tout entier est envahi ; c'est l'*infiltration granuleuse* ; elle est très rare. Dans la deuxième, la tuberculose est *en foyers* : à l'ouverture de l'organe, on trouve des granulations à tous les stades de leur développement.

C'est dans la *couche ovigène* que siège le processus tuberculeux ; on y constate la disparition des vésicules de Graaf, l'infiltration d'un grand nombre de cellules embryonnaires et la présence de follicules tuberculeux proprement dits, dans lesquels se trouvent inclus les bacilles. Serait-ce là une preuve de l'origine vasculaire primitive du processus tuberculeux ?

La tuberculose des corps jaunes n'a guère été observée que par Schottländer : toute la couche de lutéine de ces corps jaunes était farcie de granulations bacillaires et de quelques cellules géantes.

Nous n'insisterons pas sur les altérations microscopiques du péritoine qui sont celles de la péritonite tuberculeuse en général ; notons seulement leur présence constante dans le cas de tuberculose primitive des ovaires.

Sur les trois cas de tuberculose ovarique primitive, que nous avons relatés plus haut, les lésions étaient unilatérales deux fois, bilatérales une seule fois.

2. Pathogénie.

A priori, nous ne trouvons que deux voies capables d'amener le bacille de Koch dans l'ovaire pour le tuberculiser d'emblée : *le canal vagino-utéro-tubaire* et la *voie sanguine ou lymphatique*. Les recherches de Cornil et Dobroblonvski nous semblent assez concluantes pour

exclure le premier mode de propagation ; en effet, ces auteurs ont inoculé des cultures de bacilles tuberculeux dans le vagin de cobayes et n'ont pu obtenir que de la tuberculose de la muqueuse du corps utérin, sans aucune trace de lésions dans l'ovaire.

Comme contrôle clinique de ces données expérimentales, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de citer une observation très concluante de Süppel dont la précision équivaut à une expérience physiologique. Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans, atteinte de tuberculose de la trompe droite ; on enlève la trompe et l'on constate que le péritoine est infecté tout autour de l'orifice abdominal de la trompe tuberculeuse. Six mois après, on est obligé d'enlever la trompe gauche, également atteinte de tuberculose, et l'on constate que le péritoine autour de l'orifice tubaire est encore atteint, bien qu'il fût sain au moment de la première opération. Le reste du péritoine est sain. Le point de départ commun de l'infection des deux trompes est la muqueuse utérine ; des lambeaux de cette muqueuse provenant d'un curetage ont donné du bacille de Koch.

Nous sommes donc obligé de nous rejeter sur l'idée d'une *origine sanguine ou lymphatique* pour expliquer la tuberculisation d'emblée du tissu ovarien. La vérification en a été donnée par des preuves expérimentales décisives qui sont généralement inconnues en France, nous voulons parler des expériences de Schottländer. Cet auteur a fait une inoculation directe de l'ovaire après laparotomie et a pu produire ainsi des lésions d'ovarite spécifique primitive.

S'il nous était permis de faire un rapprochement entre les glandes des deux sexes et de les assimiler complètement

au point de vue de leurs rapports avec la circulation générale sanguine ou lymphatique, nous trouverions une preuve expérimentale dont la valeur dépasserait certainement celle des expériences de Schottländer. M. A. Péron a provoqué, en effet, chez le cobaye une tuberculose caséuse bilatérale des testicules et des épидидymes par *l'injection intra-péritonéale* d'exsudats tuberculeux humains séro-fibrineux.

Ce cobaye avait reçu dans le péritoine 25 centilitres d'un liquide séro-fibrineux, venant d'une pleurésie tuberculeuse de l'homme. Il survécut huit mois à cette injection.

Pendant les trois derniers mois, s'était développée une orchite bilatérale comparable à celle de la morve, mais à marche beaucoup plus lente naturellement. A l'autopsie, il n'y avait de tuberculose que dans les testicules et les vésicules séminales. Ni la rate, ni le foie, ni les poumons ne présentaient le moindre tubercule. Dans ces derniers organes, la recherche très soigneuse des bacilles a été négative; d'ailleurs l'adénopathie satellite était restée cantonnée aux ganglions sacrés qui étaient un peu gros, d'ailleurs non caséux. La tuberculose testiculaire est massive; les testicules et les vésicules séminales paraissent injectés de mastic (Péron, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, octobre-novembre 1898).

Ces considérations d'ordre expérimental nous semblent assez concluantes pour admettre la possibilité d'une tuberculose primitive de l'ovaire. Dans tous les cas, l'infection se fera par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

Pourquoi la localisation se fera-t-elle dans les ovaires plutôt que dans un autre organe? Est-ce le fait d'une prédisposition spéciale héréditaire, est-ce le fait de l'atrésie du système cardio-vasculaire signalée par Louis? C'est

une question que nous ne saurions résoudre, mais il est très probable que la tuberculose se cantonne primitivement dans le bassin de la femme comme, dans l'adolescence, elle apparaît aux points épiphysaires du fémur et du tibia. La congestion menstruelle des organes génitaux de la femme doit être considérée comme un des facteurs prédominants dans la localisation morbide.

Nous ne saurions mieux comparer la tuberculisation de l'ovaire qu'à la tuberculisation du rein. Dans les deux cas il s'agit d'une glande profonde reliée à l'extérieur par des voies éminemment propres à recueillir les germes pathogènes.

De même que pour le rein, on admet deux modes d'infection tuberculeuse : la voie ascendante ou vésico-urétérale et la voie descendante ou sanguine ; de même, nous sommes en droit d'admettre une *ovarite primitive tuberculeuse* par *voie sanguine ou lymphatique* et une *ovarite tuberculeuse secondaire* par une infection propagée utéro-tubaire.

CHAPITRE III

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

L'invasion du processus tuberculeux dans l'ovaire ne se manifeste pas au début par des signes imposants ; elle est *insidieuse, latente* pour ainsi dire ; elle ne constitue guère que la période prodromique de l'infection totale annexielle qui, elle, se révélera par des symptômes plus accessibles à nos moyens habituels d'investigation.

Une malade se plaint de quelques douleurs fugitives dans l'hypogastre, d'une sorte de pesanteur dans les flancs ; en même temps elle a eu un retard de règles ; dans l'intervalle, elle a été plus ou moins sujette à des leucorrhées peu abondantes.

Ce tableau clinique ne nous offre donc rien de spécifique et, pourtant, nous sommes persuadé qu'un examen organique complet d'une malade présentant ces divers troubles fonctionnels, par suite de l'invasion primitive d'une tuberculose annexielle, pourrait amener au moins quelques soupçons pour le diagnostic de l'ovarite tuberculeuse primitive. Ne serait-ce que la *douleur provoquée* par la palpation de l'ovaire, ce signe nous montrerait au moins que l'ovaire est touché.

En général, on néglige l'examen de l'ovaire, persuadé

que l'on est que l'infection débute toujours par les trompes. Si l'on s'attachait de parti pris à examiner d'une façon particulière *l'ovaire par le toucher* simple ou combiné au palper ou au toucher rectal, il est certain que l'on pourrait percevoir des signes assez nets pour soupçonner fortement la tuberculose primitive de l'ovaire. La difficulté ne nous paraîtrait guère plus grande en ce cas que le diagnostic de l'orchite tuberculeuse chez l'homme, toutes choses égales d'ailleurs.

Bien entendu, on ne pourrait faire le diagnostic même avec les signes physiques ainsi constatés, si l'*état général* du sujet ne nous apportait un élément indispensable. Nous ne croyons pas, en effet, que la tuberculose primitive d'un organe aussi profond survienne chez des sujets exempts de toute tare *hérédotuberculeuse*. *A priori*, nous pouvons penser qu'elle ne peut s'établir ailleurs que chez des femmes malingres, débiles, frappées de *déchéance organique*; l'examen des autres organes, au point de vue de la tuberculose, peut rester négatif, il n'en existe pas moins chez elle un état de misère physiologique, véritable milieu de moindre résistance, qui le prédispose aux infections quelles qu'elles soient.

La période latente que nous avons décrite n'est généralement pas de longue durée; bientôt apparaissent des symptômes de *pelvi-péritonite*, la douleur est intense, l'ovaire s'est ramolli, est devenu caséeux. *Le pus se fait jour* tout d'un coup dans les organes voisins : la vessie, le rectum, l'S iliaque, le vagin. Parfois même l'abcès débouche au-dessus du ligament de Fallope par un orifice cutané abdominal qui reste fistuleux.

Les *symptômes généraux* s'accusent, la température

présente des exacerbations vespérales, véritable fièvre hectique, les forces se perdent, l'amaigrissement survient en même temps que des troubles dyspeptiques divers.

A ce moment, la douleur peut être si intense que l'examen local est alors impossible ; il faudra attendre sa disparition. Au bout de quelques jours, quand elle a disparu, le toucher révèle dans un des culs-de-sac, le *cul-de-sac postérieur* généralement, mais, parfois aussi, le cul-de-sac latéral, un *empâtement* spécial, douloureux, paraissant siéger dans le petit bassin. Le toucher vagino-rectal, on le comprend aisément, sera des plus précieux pour la détermination de cette localisation. Un signe qui, dans l'espèce, doit avoir une grande valeur diagnostique est le *signe de Routier*, c'est la constatation d'un suintement purulent utérin qui augmente par la pression sur la région ovarique. Il n'est pas douteux que la *recherche du bacille de Koch*, bien qu'assez délicate, ne puisse nous fournir assez souvent des renseignements utiles à la détermination de la nature du pus.

Nous ne ferons pas le diagnostic d'ovarite tuberculeuse primitive avec une foule d'affections génitales qui ont des caractères propres et bien définis tels que le phlegmon péri-utérin, le phlegmon des ligaments larges, l'hématocèle rétro-utérine, etc.

Les lésions secondaires du péritoine, constantes dans le cas d'ovarite tuberculeuse primitive, nous empêcheront évidemment de faire le diagnostic avec la pelvi-péritonite tuberculeuse primitive.

En résumé, la constatation de troubles fonctionnels ovariens, la perception nette d'ovaires augmentés de volume et bosselés pourront nous faire soupçonner une tuber-

culose primitive de l'ovaire chez des femmes qui, sans présenter d'autres localisations tuberculeuses, auront un mauvais état général, ou seront issues de parents tuberculeux. Il va sans dire que s'il s'agit d'une femme vierge, la valeur de ces derniers signes aura une importance de premier ordre.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC. TRAITEMENT

Si nous nous rapportons à la terminaison de l'ovarite tuberculeuse primitive, observée chez les trois malades dont les observations sont relatées plus haut, le *pronostic* de cette affection paraîtrait *des plus sévères*. Dans un cas, la guérison ne fut que temporaire, les poumons se prirent dans la suite, et la malade survécut ; dans les deux autres, les généralisations probables de la tuberculose locale primitive ont emporté les malades.

Nous ne devons pas considérer la formation d'abcès se vidant dans les cavités naturelles comme un pronostic fatal ; au contraire, dans bien des cas, elle nous paraît être une terminaison assez favorable par l'évacuation spontanée de produits morbides et toxiques, dont la rétention créait un danger permanent pour l'organisme.

Là, comme pour les autres infections, c'est le péritoine qui est *le véritable réactif des organes génitaux à l'état pathologique*. Si, par la formation d'adhérences, des barrières de défense arrivent à se constituer, la maladie restera cantonnée et pourra évoluer dans la suite avec une

marche plus lente ou même arriver à la résorption complète.

Nous n'avons point à hésiter pour le traitement à instituer, dès le début de la reconnaissance exacte de la tuberculose primitive de l'ovaire ; la *laparotomie* s'impose. De l'intervention hâtive découle naturellement le pronostic : moins la lésion sera étendue, plus il sera facile d'enrayer la source, et, par le fait, la propagation du processus morbide. Le traitement de choix sera l'*ovariotomie avec salpingotomie*, car les trompes, sans présenter de lésions tuberculeuses certaines, sont atteintes d'inflammation interstitielle, qui pourrait devenir le point de départ d'une nouvelle infection.

L'importance du traitement général nous paraît évidente, nous n'y insisterons pas.

Quand la salpingo-ovarite s'est définitivement déclarée, nous pouvons mettre en œuvre un *traitement palliatif ou curatif*. Dans le premier cas, on pratiquera une ouverture par le vagin ou la voie abdominale pour évacuer le pus, on lavera la poche et l'on terminera par un drainage ; cette méthode a donné quelques succès entre des mains expérimentées. Mais la méthode de choix, celle qui s'imposera dans tous les cas où la lésion n'est pas trop étendue, est certainement la cure radicale par la *salpingotomie* et la *castration*. Nous préférons la *voie abdominale* à la voie vaginale, à cause des adhérences nombreuses et solides qui constituaient un véritable obstacle à l'intervention.

Nous ne voyons guère de contre-indication à ce mode de traitement, que la cachexie trop prononcée et l'étendue trop grande des lésions.

Les lésions un peu étendues du péritoine ne sauraient constituer une contre-indication formelle à une intervention radicale : on sait, en effet, que la laparotomie, dans certains cas, peut améliorer, sinon guérir complètement la péritonite tuberculeuse.

CONCLUSIONS

I. — Il existe une tuberculose salpingo-ovarienne à début ovarien, ou tuberculose primitive des ovaires.

II. — Elle constitue une variété très rare. (Nous n'avons pu trouver que trois observations de tuberculose primitive des ovaires), mais elle est peut-être souvent méconnue ; la difficulté de saisir l'affection au début en est une des causes principales.

III. — Les lésions de la tuberculose primitive des ovaires ne semblent pas être distinctes des lésions consécutives à la salpingite ou à la péritonite tuberculeuse.

IV. — L'ovaire ne peut pas être envahi primitivement par l'infection tuberculeuse, quand celle-ci se propage par le conduit vagino-utéro-tubaire (Cornil et Dobroklonwski). L'ovaire n'est tuberculisable d'emblée que par la voie sanguine ou lymphatique.

V. — La tuberculose primitive des ovaires, au début, se manifeste par des symptômes insidieux, les troubles fonctionnels n'ont rien de caractéristique. Peut être l'examen objectif pourrait-il la faire soupçonner ?

VI. — Si l'intervention chirurgicale n'est pas hâtive, le

pronostic de la tuberculose primitive des ovaires est des plus sévères. Le traitement de choix est l'ablation de l'ovaire et même de la trompe par la voie abdominale après laparotomie.

Seule, la laparotomie peut donner de bons résultats parce qu'elle constitue non seulement une cure radicale par l'ablation des annexes, mais encore elle contribue puissamment à améliorer, sinon à guérir la pelvi-péritonite toujours concomitante.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET

Vu :

LE DOYEN,
LORTET

Vu et permis d'imprimer

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BROUARDEL, thèse de Paris, 1865.

CORNIL et DOBROBLONVSKI, Congrès de la tuberculose, 15 juillet 1888.

CORNIL et TERRILLON, Archives de physiologie, 1887.

DALGHÉ, thèse de Paris, 1885.

DAURIOS, Tuberculose des organes génitaux chez la femme (thèse de Paris, 1888-1889).

GUILLEMAIN, La tuberculose de l'ovaire (Revue de chirurgie, 1894).

JOLY, thèse de Paris, 1898.

LÉPINE, Tuberculose ovarique primitive (Bullet. société anatomique, 1873).

DE MASSIA, Salpingo-ovarite tuberculeuse (thèse de Paris, 1890-1891).

ORTHMANN, De la tuberculose de l'ovaire (Berlin. klin. Woch., p. 751, 23 août, 1897).

PÉRON, Bulletin de la Société anatomique de Paris, octobre-novembre, 1898.

SCHOTTLANDER, Berlin. klin. Woch., p. 920, année 1897.

SUPPEL, Deutsche med. Woch., 1894, p. 974, ou Revue des sciences médicales, 1895.

TABLE

PRÉFACE.	5
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Existe-t-il des salpingo-ovarites tuberculeuses primitives à début ovarien ?	9
OBSERVATIONS.	12
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique. Pathogénie . . .	21
1. Anatomie pathologique.	21
2. Pathogénie.	22
CHAPITRE III. — Symptômes et diagnostic.	27
CHAPITRE IV. — Pronostic. Traitement	31
CONCLUSIONS	35
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	37

